



Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
63-700 Krotoszyn, ul. Młyńska 2, tel. 62 588 03 90 fax. 62 588 04 02
Nr KRS: 000 000 2750 NIP: 621-15-36-551 REGON: 000310226
e-mail: spzoz@krotoszyn.pl internet: <http://www.spzoz.krotoszyn.pl/>

Misja zakładu:

„Otwarci na zmiany, szanując tradycję, zapewniamy wysoką jakość opieki medycznej i wrażliwość na problemy naszych pacjentów.”

*Załącznik nr 4a do
szczegółowych warunków
konkursu ofert*

Dane Oferenta

Oświadczenie Oferenta

W nawiązaniu do ogłoszonego konkursu ofert na

**Udzielanie świadczeń zdrowotnych
w zakresie opisów badań rentgenowskich i tomografii komputerowej
drogą teleradiologii
w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Krotoszynie V**

Oświadczam iż:

- posiadam aparaturę i sprzęt zgodny z atestami dopuszczającymi do użytku w Polsce oraz spełniający wymagania NFZ

.....
(data, miejscowość)

.....
(podpis i pieczęć osoby/osób uprawnionych do reprezentowania Oferenta)



Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
63-700 Krotoszyn, ul. Młyńska 2, tel. 62 588 03 90 fax. 62 588 04 02
Nr KRS: 000 000 2750 NIP: 621-15-36-551 REGON: 000310226
e-mail: spzoz@krotoszyn.pl internet: <http://www.spzoz.krotoszyn.pl/>

Misja zakładu:

„Otwarci na zmiany, szanując tradycję, zapewniamy wysoką jakość opieki medycznej
i wrażliwość na problemy naszych pacjentów.”

*Załącznik nr 4b do
szczegółowych warunków
konkursu ofert*

Dane Oferenta

Oświadczenie oferenta

W nawiązaniu do ogłoszonego konkursu ofert na

**Udzielanie świadczeń zdrowotnych
w zakresie opisów badań rentgenowskich i tomografii komputerowej
drogą teleradiologii**

w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Krotoszynie V

Oświadczam iż:

- posiadam kompetentny personel, w tym personel lekarski oraz techniczny, zdolny do wykonywania świadczeń będących przedmiotem zamówienia.

.....
(data, miejscowość)

.....
*(podpis i pieczęć osoby/osób uprawnionych
do reprezentowania Oferenta)*